

UNIVERSITÉ DE PARIS VI

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BROUSSAIS-HOTEL-DIEU

ANNÉE 1970

THÈSE

N°

18

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Christian, Louis, Fernand LEROY

NÉ LE 23 OCTOBRE 1939 A BIARRITZ

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES COLOPATHIES NEOPLASIQUES**

A PROPOS DE L'EXPÉRIENCE D'UN SERVICE

Président : Monsieur F. POILLEUX, Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551512_0010

UNIVERSITÉ DE PARIS VI

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BROUSSAIS-HOTEL-DIEU

ANNÉE 1970

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Christian, Louis, Fernand LEROY

NÉ LE 23 OCTOBRE 1939 A BIARRITZ

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES COLOPATHIES NEOPLASIQUES**

A PROPOS DE L'EXPÉRIENCE D'UN SERVICE

Président : Monsieur F. POILLEUX, Professeur



A Monsieur le Professeur F. POILLEUX

qui m'a fait le grand honneur de signer
cette thèse et de présider son jury.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de ma respectueuse reconnaissance.



A l'attention de Monsieur F. HILLIER

qui s'est fait le grand honneur de vous

adresser cette lettre et de m'adresser son

travail, il vous prie de vouloir bien l'accepter

de sa part et de la part de son



A mon Maître, Monsieur le Docteur J.R. PILLOIS

qui a bien voulu m'inspirer le sujet de
cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de ma
respectueuse admiration et de ma fidèle
reconnaissance pour l'enseignement qu'il
m'a prodigué durant une année trop courte
à mes yeux.

A mes Maîtres,

dans l'Externat des Hôpitaux de Paris,

Monsieur le Professeur J.L. LORTAT-JACOB

Monsieur le Professeur J. VIGNALOU

Monsieur le Docteur M. PESTEL

Monsieur le Professeur J. HAMBURGER

Monsieur le Docteur M. MORIN

Monsieur le Professeur J. LEVY

dans l'Internat des Hôpitaux Privés de Paris,

Monsieur le Docteur J. SOUBRANE

Monsieur le Docteur J.P. ROBERT

qu'ils trouvent ici l'expression de
ma respectueuse reconnaissance.

A la mémoire de mon Père, le Docteur Robert LEROY,

trop tôt disparu pour que je puisse lui
offrir la satisfaction de voir son fils
essayer de suivre son exemple.

A mon Epouse,

Je dois à son abnégation mon titre et
mon orientation professionnelle.

Qu'elle trouve ici ma tendre reconnaissance.

A ma Mère,

A ma Soeur,

A la mémoire de mon Beau-Père, le Docteur Henri CAMINO

A ma Belle-Mère,

A Monsieur Raymond LEROY, mon Parrain,

A tous mes Amis.

C'est dans le Service du Docteur PILLOIS, à l'Hôpital SAINT-MICHEL de PARIS, que j'ai eu la possibilité d'écrire cette thèse, après y avoir travaillé un an comme Interne.

Il s'agit d'un Service de Chirurgie Générale qui comporte une cinquantaine de lits.

Il est placé sous la responsabilité du Chef de Service, secondé par 1 Assistant, 1 Interne et 5 Externes. Nous devons ajouter à cet effectif 1 Résident Etranger qui remplit les fonctions d'un 2° Interne.

Une de ses caractéristiques principales vient du fait que les hospitalisations y sont de courte durée. Nous verrons qu'il faut une raison bien spéciale pour qu'un "colon" y séjourne plus de 18 à 20 jours. Cette rotation rapide est nécessitée par le grand nombre d'interventions pratiquées dans l'année. On y soigne aussi bien la chirurgie abdominale que gynécologique, et la pathologie néoplasique du colon ne saurait représenter plus d'un quart de l'activité du Service.

Il nous faut également décrire la clientèle de ce Service : clientèle de tous âges, de toutes races, qui peut se subdiviser en 2 catégories :

- une partie vient de l'extérieur, par le biais de la Consultation du Service ;

- la deuxième partie comprend des malades déjà hospitalisés à SAINT-MICHEL, en particulier dans un autre Service de l'Hôpital, spécialisé en cancérologie médicale. C'est ainsi que nous verrons apparaître, au cours de cette étude, un nombre hélas très important de dossiers dans lesquels il n'est question que d'un geste d'urgence, sur occlusion par exemple, geste de sauvetage comme une dérivation.

Nous allons diviser cette étude en 4 parties :

- La première exposera des statistiques globales qui tenteront de définir les malades du Service en 10 ans d'activité.

- La deuxième fera la revue des signes d'alarme qui ont amené au diagnostic de 101 cancers coliques.

- La troisième sera une étude des techniques opératoires utilisées dans le Service.

- La quatrième nous permettra de voir leurs résultats.

STATISTIQUES

Nous allons commencer cette étude en donnant quelques statistiques.

Il était d'abord intéressant de savoir quel était l'âge des malades opérés.

Cette étude porte sur 101 dossiers : tous les chiffres relevés peuvent donc être considérés comme des pourcentages.

Nous relevons parmi eux :

- le plus jeune, un homme de 34 ans,
- 3 cas entre 34 et 39 ans,
- 2 cas entre 40 et 49 ans,
- 16 cas entre 50 et 59 ans,
- 41 cas entre 60 et 69 ans,
- 27 cas entre 70 et 79 ans,
- 12 cas après 80 ans.

Il apparait ainsi que, si la pathologie néoplasique du colon frappe le plus souvent les individus dans la 6° décade de leur vie (avec pratiquement 1 cas sur 2,5 dans cette catégorie) - les risques, négligeables avant 50 ans, commencent à cet âge au taux de 16% des dossiers, continuent dans la 7° décade de la vie à un taux élevé (27%, plus du quart des cas) et restent présents, après 80 ans, représentés par 12% des cas.

La courbe que l'on peut ainsi établir est tout à fait comparable à une classique courbe statistique de Gauss qui aurait son sommet entre 60 et 69 ans.

Le deuxième aspect de cette étude se devait de faire apparaître la fréquence des cancers du colon par rapport aux autres syndromes qui, dans le cadre d'un Service de Chirurgie Générale, constituent l'ensemble de la pathologie colique.

Les 101 cancers coliques ont été extraits des 132 dossiers de colopathies chirurgicales du Service. On peut donc affirmer que la pathologie chirurgicale du colon est dominée par les cancers, puisqu'ils représentent ici 76,5%, soit plus des 3/4 des cas.

Toujours dans le cadre de cette statistique, nous avons ensuite étudié la répartition des cancers en fonction de leur localisation. On s'apercevra de cette manière que notre étude a porté sur le colon dans sa totalité, depuis la jonction iléo-caecale jusqu'à la charnière recto-sigmoïdienne comprise. Nous avons considéré le colon transverse comme une entité à part entière, étant donné les possibilités d'exérèse segmentaire qui ont été rencontrées en per-opératoire dans quelques cas. Cette notion allant à l'encontre des données anatomiques de vascularisation qui répartissent le transverse en 2/3 droits rapprochés du colon droit et en 1/3 gauche apparenté au colon gauche, nous tenons à signaler cette distinction.

- Le colon gauche a été touché dans 66 cas, dont : 54 étaient des cancers du sigmoïde ou de la charnière recto-sigmoïdienne,

6 étaient localisés sur le colon descendant accolé et 6 sur l'angle gauche ou son voisinage immédiat.

- Le colon droit était atteint dans 25 cas,
dont : 13 fois au niveau du caecum et de la partie voisine
du caeco-ascendant,
10 fois au niveau du colon ascendant accolé,
2 fois au niveau de l'angle droit.

- Le colon transverse a été le siège de 10 cancers.

- Et nous relevons, parmi les cancers déjà cités
4 cas de double localisation, de "cancers à deux étages".

Au total, les 2/3 (66%) des cancers coliques se
localisent sur le colon gauche et en particulier sur le
sigmoïde (54%, plus de la moitié du total). Et le colon
droit est atteint dans 25%, soit un quart des cas.

Nous devons enfin signaler qu'il existait
3 formes que nous appellerons "mixtes", associant un
cancer à d'autres colopathies bénignes.

Il s'agissait de 3 cancers du sigmoïde :

- l'un était associé à une polypose de tout le sigmoïde
(c'était en fait un polype dégénéré),
- un deuxième survenait sur un dolichosigmoïde,
- un troisième était développé aux dépens d'un sigmoïde
bourré de diverticules, ces derniers débordant la région
assez largement puisqu'on en trouvait jusqu'à l'angle
gauche.

Ayant ainsi situé les colopathies néoplasiques
dans une clientèle d'âges très divers, il nous a semblé
intéressant de reprendre ces statistiques en fonction du
sexe des malades.

Sur 101 cancers, nous trouvons 41 dossiers de malades de sexe masculin, et 60 dossiers de malades de sexe féminin.

Autrement dit, les colopathies néoplasiques se voient avec une prépondérance de près de 20% des cas dans le sexe féminin. Ce chiffre est peut-être un simple effet du hasard, il faut en convenir, mais nous en avons été surpris. Il faut en tous cas considérer que nous n'avons étudié que les cancers du colon. Notre objet n'est donc pas de confirmer ou d'infirmer la prédominance des colites médicales chez la femme. A titre d'information, on pourrait cependant mettre en lumière la fréquence quasi égale dans les deux sexes, des sigmoïdites chirurgicales (pseudo-tumorales ou perforées) dans le cadre de la statistique du Service.

sexe	hommes	femmes
cancers	41%	60%
sigmoïdites	10,7%	10,5%

Tableau : fréquence par rapport au sexe.

Il restait à envisager la fréquence des cancers par rapport à l'âge dans les deux sexes séparément, de façon à voir s'il existe une différence liée au sexe. Mais nous n'avons découvert aucune anomalie notable, puisque nous avons trouvé les chiffres suivants :

Chez l'homme :

- entre 34 et 39 ans : 2 cas
- entre 40 et 49 ans : 1 cas
- entre 50 et 59 ans : 8 cas, soit 19,5%
- entre 60 et 69 ans : 16 cas, soit 39%
- entre 70 et 79 ans : 12 cas, soit 29%
- après 80 ans : 2 cas, soit moins de 5%.

Chez la femme :

- entre 34 et 39 ans:: 1 cas
- entre 40 et 49 ans : 1 cas
- entre 50 et 59 ans : 8 cas, soit 13,3%
- entre 60 et 69 ans : 25 cas, soit 41,6%
- entre 70 et 79 ans : 15 cas, soit 25%
- après 80 ans : 10 cas, soit 16,6%

A première vue, la seule différence notable concerne la plus grande proportion de cas après 80 ans chez la femme, mais on doit se souvenir que, dans la population générale, il y a beaucoup plus de femmes que d'hommes vivant après 80 ans - et c'est d'ailleurs un fait que notre étude constate puisque sur 12 dossiers d'octogénaires il y a déjà 10 cancers chez des femmes.

LES SIGNES D'APPEL

Nous avons cherché à individualiser les signes d'appel des colopathies néoplasiques en étudiant, dans chacun des 101 dossiers du Service, les raisons des consultations ou des hospitalisations en urgence.

Par ordre de fréquence, nous trouvons :

- des douleurs : 29 cas,
- une altération de l'état général : 23 cas,
- des hémorragies : 23 cas,
- une subocclusion croissante : 18 cas,
- une diarrhée : 15 cas,
- une constipation : 15 cas,
- une tuméfaction perçue par le malade : 13 cas,
- des alternances de diarrhée et de constipation : 12 cas,
- une occlusion intestinale aigue : 10 cas,
- un syndrome péritonéal : 2 cas.

Nous pouvons grouper ces signes en 3 rubriques individualisant les signes abdominaux, digestifs et généraux.

Les signes abdominaux

- Les douleurs : il s'agit de syndromes douloureux très divers. Les plus typiquement rencontrés sont des pesanteurs, des tiraillements très bien localisés à la zone abdominale où se trouve le segment colique atteint. Cette éventualité se voit avec prédilection dans les cancers du sigmoïde, et, de manière constante (6 cas sur 6) dans les tumeurs de l'angle gauche.

Mais nous avons aussi compté dans le cadre des syndromes douloureux quelques sensations de plénitude de la fosse iliaque droite qui allaient toujours de pair avec une dilatation de tout le colon sus-jacent à la tumeur, dilatation découverte lors de l'intervention.

- La perception d'une masse par le malade lui-même suppose un sujet maigre ou amaigri.

Sur les 13 cas, il s'agissait 9 fois d'un cancer du caecum (qui s'est révélé extirpable dans 8 cas, inextirpable la 9^e fois). Cette constatation va de pair avec les données anatomiques qui font du caecum une des portions les plus "à l'aise" du colon, et les notions anatomo-pathologiques qui en font le siège des tumeurs les plus volumineuses.

Dans les autres cas, il s'agissait de 3 tumeurs du sigmoïde, adhérant aux organes de voisinage, donc de mauvais pronostic, mais qui ont pu être extirpées - et d'une tumeur de la partie droite du transverse, ayant envahi tout son voisinage et donc déjà malheureusement au stade "dépassé".

Peut-on en conclure que seules les tumeurs caecales peuvent être volumineuses et compatibles avec un espoir d'exérèse totale et de survie ? La réponse est délicate à avancer : il s'agit peut-être d'une simple coïncidence, mais nous avons été surpris de trouver 8 cancers extirpables sur 9 masses importantes de la fosse iliaque droite.

- Les 2 syndromes péritonéaux représentent des urgences très différentes l'une de l'autre. L'un est une laparotomie pour syndrome appendiculaire atypique chez un homme âgé, abordé par médiane ; il s'agissait d'un cancer du caecum avec réaction appendiculaire qui a été opéré en 2 temps : appendicectomie puis colectomie après une préparation de 8 jours. L'autre est une perforation de tumeur sigmoïdienne en phase inflammatoire, révélée par une péritonite qui avait débuté

par une douleur brutale de la fosse iliaque gauche et rapportée à une perforation de diverticule.

Les signes digestifs

- La subocclusion progressive et l'occlusion aiguë : nous les avons individualisées l'une de l'autre pour 2 raisons :

D'une part, ce sont des circonstances de découverte très distinctes dans les dossiers étudiés. En aucun cas, on n'a vu une subocclusion se compléter : elle suppose une longue histoire clinique d'aggravation progressive, et l'intervention venait lever l'obstacle avant l'occlusion totale - tandis que nous avons volontairement classé en tant qu' "occlusion aiguë" les dossiers dont c'était un signe révélateur brutal.

D'autre part, abstraction faite de quelques exceptions, nous nous sommes aperçus que les subocclusions progressives révélaient des récidives ou des cancers à un stade avancé beaucoup plus fréquemment que ne le fait un épisode évolutif brutal.

- Les hémorragies ont très souvent révélé les tumeurs coliques. Rectorragies de sang rouge ou noir selon leur proximité ou leur éloignement du rectum, elles étaient toujours indolores et tenaces. Elles accompagnaient les selles de manière tout à fait classique. Mais le point qui nous semble important est leur fréquence : un quart des cas. Il est bien certain qu'une recherche systématique de meloena occulte les ferait apparaître dans 100% des cas - à condition d'être tout à fait confiant dans la valeur de cette recherche qui comporte tant de causes d'erreurs...

- Les troubles du transit : constipation, diarrhée ou leur alternance, représentent en totalité 42% des cas. Il est bien évident qu'il s'agit là des symptômes les plus importants dans

la séméiologie colique. Ils ont le mérite d'attirer l'attention sur le tube digestif. Les malades qui en sont atteints, ont pour la plupart consulté un medecin gastro-entérologue qui nous les a ensuite adressés, en possession de leur lavement baryté. Encore faut-il, pour leur accorder de la valeur (et c'est surtout valable pour la constipation) que ces signes soient récents et non "habituels".

Les signes généraux

Sous le terme d'altération de l'état général, nous avons groupé les 3 éléments habituels : asthénie, anorexie, amaigrissement. Il est bien évident qu'ils ont été retrouvés à des degrés variables d'un cas à l'autre. Ils sont généralement le fait des tumeurs à un stade avancé, inextirpables, traitées par simple dérivation. Mais ceci n'est pas constant : nous avons vu "dériver" d'énormes tumeurs qui avaient un retentissement général discret - et nous avons pu faire des exérèses totales et faciles de tumeurs assez limitées survues chez des malades à l'état général préoccupant. Les suites opératoires de ces derniers cas n'étaient pas toujours houleuses. Il est difficile d'en déduire un enseignement. Le syndrome général était peut-être lié à un certain degré d'anémie (prouvée en général par les numérations) liée à un meloena occulte.

Mais nous tenons à préciser que nous n'avons pas compté dans le cadre des "signes généraux" le retentissement des hémorragies macroscopiques répétées. Pour nous, il s'agit d'un seul et même symptôme.

Une dernière précision doit être donnée au sujet des signes d'appel que nous avons détaillés.

Nous avons recensé 160 symptomes d'alarme pour 101 cancers ; c'est que dans 59 cas la symptomatologie était

complexe : 2 ou 3 signes, très rarement plus dans cette étude, s'associaient pour enrichir le tableau.

L'association la plus fréquente que nous ayons relevée est celle des diarrhées et des hémorragies - puis des constipations et des hémorragies - enfin des subocclusions progressives et des troubles de l'état général.

De toute façon, si cette dernière association est préoccupante pour le pronostic, il ne semble pas que les autres fassent réserver l'avenir de ces cancers coliques. Nous voyons avec une égale fréquence des survies très appréciables concorder avec une symptomatologie d'appel bruyante ou au contraire torpide.

L'essentiel est de diagnostiquer le cancer, et de le diagnostiquer précocement, à un stade opérable et surtout avant les métastases, ganglionnaires ou viscérales.

LES TECHNIQUES

Nous allons maintenant parler des techniques utilisées dans le traitement des cancers coliques.

Mais auparavant, il nous a paru utile d'établir une nomenclature des stades d'évolution de ces tumeurs au moment où leur traitement a été entrepris.

Nous avons, bien entendu, adopté la classification internationale TNM, en appelant :

T_1 une tumeur circonscrite au seul colon,

T_2 une tumeur extériorisée par rapport au colon, mais dont l'évolution reste locale, ou du moins encore extirpable,

T_3 une tumeur au stade "dépassé", envahissant les organes du voisinage au point d'être inextirpable, donnant par exemple la classique "blindage du pelvis".

Et nous voyons ainsi apparaître la statistique suivante :

$T_1 N_0 M_0$: 46 cas

$T_1 N_1 M_0$ et $T_2 N_1 M_0$: 11 cas

$T_1 N_0 M_1$ et $T_2 N_0 M_1$: 9 cas

$T_2 N_0 M_0$: 15 cas

$T_2 N_1 M_1$: 6 cas

T_3 : 14 cas

A la simple vue de cette énumération, nous remarquons qu'il existait 72 cas de tumeurs sans métastases (hépatiques, péritonéales, pulmonaires etc...), limitées ou du moins extirpables (c'est à dire sans extension exagérée, même si un organe

voisin était envahi et réséquable) et que parmi ces 72 cas, 17 avaient des adénopathies reconnues néoplasiques par l'exploration et l'étude systématique anatomo-pathologique. Nous retiendrons donc les chiffres suivants, pour la compréhension de notre chapitre "résultats" :

72 cas justifiant à première vue des tentatives d'exérèse, dont 17 avaient tout de même atteint les ganglions satellites soit 55 cas permettant d'espérer une survie appréciable.

Quelles sont donc les techniques employées dans le Service en matière de cancers coliques ?

Nous avons dénombré :

- 12 hémicolectomies droites ou gauches en 1 temps,
- 1 hémicolectomie en 2 temps,
- 35 résections segmentaires avec anastomose en 1 temps,
- 2 résections segmentaires avec anastomose en 2 temps,
- 6 résections sans anastomose, type Hartmann,
- 10 colectomies élargies avec anastomose en 1 temps,
- 3 résections-anastomoses de "propreté",
- 6 laparotomies exploratrices,
- 9 dérivations externes simples (anus définitif sans exérèse),
- 15 dérivations internes latéro-latérales,
- et sur 10 récidives dont 8 étaient des malades opérés la première fois dans le Service et dont 2 étaient des malades venus de l'extérieur :

- 2 laparotomies exploratrices,
- 1 résection de propreté,
- 2 dérivations internes,
- 5 dérivations externes.

Ce tableau recense 109 interventions. Mais on a compté ici 8 réinterventions à distance, sur récidive, de

malades opérés la 1ère fois dans le Service et donc répertoriés à 2 reprises. Il y a bien 101 dossiers.

Nous retiendrons donc les chiffres de :

- 66 exérèses totales
- dont 57 colectomies avec anastomose dans le même temps opératoire, soit 86,3% des exérèses.

Ce fait appelle quelques commentaires :

- D'abord, il est intéressant de remarquer que, sur les 72 cas opérables à première vue, 66 ont pu bénéficier d'une exérèse efficace. Il existe donc un déficit de 6 cas pour lesquels, en cours d'intervention, on a été obligé de reculer devant l'importance des adénopathies métastatiques. Si l'on se souvient d'autre part qu'il y avait 17 cas d'envahissement ganglionnaire, nous constatons que 11 cas (17 - 6) ont donc bénéficié d'une exérèse conjointe de la tumeur et d'adénopathies jugées extirpables quoique importantes.
- Deuxièmement, nous voyons d'emblée que les interventions les plus pratiquées dans le Service sont des colectomies (hémicolectomies droites ou gauches et colectomies segmentaires) suivies d'une anastomose immédiate pour rétablissement de la continuité.

Ces colectomies "idéales" en 1 temps représentent donc 57% des cas.

Ce chiffre, en valeur absolue, ne rend pas assez compte de l'acharnement avec lequel l'équipe du Docteur Pillois cherche à effectuer un traitement complet en 1 temps opératoire des colopathies néoplasiques. Et pour qu'il apparaisse plus percutant, il faut se souvenir qu'il représente 86,3% des exérèses, et considérer les autres interventions sous 2 angles :

- d'une part le très faible pourcentage des colectomies en 2 temps (3 cas, soit 3% des dossiers) pratiquées ainsi pour des raisons bien précises : le 1er temps avait été un geste d'urgence, de sauvetage, pour 2 occlusions intestinales aiguës et 1 perforation de cancer inflammatoire,

et le faible pourcentage également des interventions de résection sans anastomose avec fermeture intrapelvienne du haut rectum, type Hartmann (6 cas, soit 6%) pratiquées pour des raisons semblables.

- et d'autre part le trop grand nombre de cancers au stade inopérable que nous voyons malheureusement dans le Service. Ils sont représentés dans la statistique des interventions pratiquées par 30 dossiers, presque 1/3 des cas !

Il s'agit, soit de laparotomies exploratrices découvrant des tumeurs sur lesquelles aucun geste ne peut être accompli,

soit de dérivations externes, anus définitifs, caecostomies sur sonde de Petzer, par exemple,

soit enfin de dérivations internes : anastomoses iléo-transverses, ou colo-rectales par exemple latéro-latérales, en 1 plan extra-muqueux, pour "shunter" des tumeurs inextirpables et sténosantes.

A ce chiffre de 30% de cancers trop évolués, il faudrait ajouter les 3 résections-anastomoses de propreté, réalisées sur des tumeurs bien mobiles mais déjà accompagnées d'une métastase.

Nous allons maintenant décrire une intervention-type de colectomie idéale pour cancer, telle qu'on la pratique dans le Service.

Le malade entre après rendez-vous pris en consultation. Il a déjà subi un lavement baryté qui localise sa lésion (en même temps qu'un cliché pulmonaire qui vérifie l'absence de métastases à ce niveau). Il est également en possession de son bilan hépatique. Tous les examens qui pourraient lui faire perdre du temps à l'hôpital (que le rendez-vous soit long à obtenir ou que le résultat soit long à arriver) sont donc déjà effectués, et il va pouvoir être hospitalisé le minimum de temps en pré-opératoire.

Nous allons, dans la mesure du possible, effectuer une préparation de son colon de 4 à 6 jours, à base d'antibiotiques (néomycine ou colimycine comprimés par exemple) intestinaux, associés à un régime sans résidu et à des lavements évacuateurs dans les deux derniers jours.

Ce laps de temps sera mis à profit pour pratiquer les examens biologiques de routine :

- numération-formule sanguine, vitesse de sédimentation,
- crase sanguine,
- urée-glycémie,

et la consultation du cardiologue de l'hôpital, avec électro-cardiogramme.

La désinfection du champ opératoire est systématique la veille au soir.

L'incision cutanée varie avec les opérateurs et les localisations :

- médiane sous et latéro-ombilicale,
prolongée ou non en sus-ombilicale
ou en Baraya droit ou gauche (cette dernière incision étant très utilisée pour les néoplasmes des angles, droit et surtout gauche).
- ou incision para-rectale, verticale, droite ou gauche, beaucoup plus rarement pratiquée.

L'intervention comporte toujours un temps d'exploration de la tumeur, de la longueur et de la mobilité éventuelle du segment sur lequel elle se développe; du foie, des adénopathies.

Puis on choisit l'endroit sur lequel portera la résection, selon les données de l'exploration. Si une résection segmentaire est décidé, elle emportera en général une trentaine de centimètres, parfois plus, de colon sain autour de la tumeur.

De toute façon, le maximum de précautions est pris pour éviter une mobilisation intempestive de cellules tumorales : clamage d'amont et d'aval, ligature première de la vascularisation à son origine et exérèse en monobloc du segment et de son méso en totalité.

L'anastomose immédiate sera toujours termino-terminale en 1 plan extra-muqueux, utilisant un matériel de suture non résorbable, bien évidemment.

Ce schéma thérapeutique est donc valable pour toutes les localisations des cancers coliques.

La majorité des tumeurs du colon droit ont été traitées par hémicolecctomie droite typique, avec résection conjointe des 20 derniers centimètres de l'iléon et anastomose iléo-transverse.

Certains cancers de l'angle gauche ont subi une résection segmentaire avec anastomose transverso-colique. De même, au niveau du transverse, la résection segmentaire emportait tout le transverse et se terminait par une anastomose colon droit-colon gauche, grâce au décollement des 2 angles et de la portion supérieure des segments accolés de l'ascendant et du descendant.

Les quelques problèmes de congruence qui pouvaient se poser au moment de la suture des 2 segments de calibre différent étaient facilement résolus grâce à l'artifice de la confection d'une "queue de raquette" de longueur suffisante.

C'est au niveau du sigmoïde que les résections segmentaires se sont révélées les plus faciles, en raison de la fréquente longueur et, de toute façon, de la grande mobilité de l'anse. L'anastomose se faisait entre la terminaison du colon gauche et la charnière recto-sigmoïdienne. Il faut dire aussi que l'individualisation de la vascularisation est évidente et que la ligature du tronc des sigmoïdiennes est un geste aisé.

Les tumeurs développées au niveau des derniers centimètres du sigmoïde et, à plus forte raison, au niveau de la charnière recto-sigmoïdienne, posaient évidemment plus de problèmes : le choix de la longueur de rectum à réséquer est difficile. D'une manière générale, nous avons retrouvé dans les dossiers une majorité d'anastomoses au niveau de la séparation entre les portions du rectum intra et sous-péritonéales.

Aucun caractère particulier n'individualise les hémicolectomies gauches ; leurs anastomoses transverso-rectales ne peuvent être réalisées sans traction que grâce à un abaissement suffisant du transverse qui, très rarement nécessitait un décollement de l'angle droit (1%).

Les colectomies élargies méritent une explication. Nous entendons par ce terme les interventions réalisées sur des tumeurs du type T_2 , envahissant un ou plusieurs organes du voisinage. Le cas le plus souvent rencontré est celui des adhérences plus ou moins profondes entre une tumeur du sigmoïde et la vessie, parfois accompagnées d'une fistule

sigmoïdo-vésicale génératrice de pneumaturie, d'infection urinaire rebelle, visible en cystoscopie et sur les urographies intra-veineuses. L'élargissement de la colectomie consiste alors en une cystectomie partielle terminée par une suture au catgut n° 0.

Nous avons relevé également plusieurs cas d'envahissement d'une ou deux anses grêles par des tumeurs coliques. La colectomie s'accompagnait alors de la résection des segments du grêle envahis, avec anastomose termino-terminale bien classique.

Nous avons enfin constaté 2 splénectomies pratiquées pour envahissement du sustentaculum lienis par le processus néoplasique - et une résection latérale de la grande courbure de l'estomac, nécessitée par la prise en masse, dans une tumeur du transverse, de tout le ligament gastro-colique et d'une collerette de grande courbure gastrique.

LES RESULTATS

Quels sont donc maintenant les résultats obtenus dans le Service en matière de cancers coliques ?

En reprenant les 101 dossiers, nous trouvons :

- 20 survies supérieures à 5 ans,
- 4 survies de 5 ans exactement
- 19 cas de malades qui semblent actuellement parfaitement bien, mais qui n'ont pas encore 5 ans de recul,
- 1 récurrence après 5 ans,
- 4 récurrences ou métastases entre 1 et 5 ans,
- 14 récurrences ou métastases avant 1 an,
- 35 décès dans les 2-3 mois après l'intervention, par extension du processus néoplasique primitif,
- 2 décès par accident brutal post-opératoire (un infarctus du myocarde, une embolie pulmonaire massive),
- 2 malades qui semblaient guéris de point de vue colique, quand ils sont décédés pour une autre cause.

Nous voyons apparaître ici encore une coïncidence : 1 seul cas sur 101 a récidivé après 5 ans. Nous ne pouvons, bien évidemment, en tirer aucune conclusion définitive, mais cette rareté (1%) nous a surpris.

D'autre part, les 35 décès par extension du processus néoplasique représentent les cas pour lesquels aucun geste chirurgical efficace n'a pu être entrepris. Ce sont ceux qui sont répertoriés dans le chapitre des techniques sous la rubrique "laparotomies exploratrices et dérivations".

Pour détailler ces résultats, il nous a semblé utile d'étudier quelques exemples d'évolution de cancers coliques opérés.

Nous allons tout d'abord exposer l'exemple d'hémi-colectomie droite élargie, en 1 temps.

- Madame VAU..... L..... âgée de 66 ans.

Cette malade consulte le 28 mars 1966. Son histoire remonte à 1 an. Depuis cette date, en effet, elle se plaint de douleurs assez vagues, épigastriques en barre, ou du type "coliques" avec une composante spasmodique plus ou moins nette. Mais ces douleurs ne se sont pas aggravées, ni dans leur intensité, ni dans leur fréquence.

Par contre, cette malade, au transit quasi normal auparavant, voit apparaître peu à peu une constipation qui évolue par poussées, et qui au moment de sa consultation dans le Service, frise vraiment la subocclusion. Il n'y a pas de nausées ni de vomissements, pas d'arrêt des gaz non plus.

Et il y a 15 jours est survenu un meloena, très peu abondant mais suffisamment net pour que la malade s'en soit alarmée : c'est d'ailleurs ce qui l'a décidée à consulter. Il ne s'est pas reproduit.

Par ailleurs, il existe un retentissement général net, avec un amaigrissement modéré et surtout une anorexie marquée, élective pour les viandes.

A l'examen, on perçoit, dans la région para-ombilicale droite, une masse dure, ligneuse, mais mobile.

Le reste de l'examen clinique est normal.

Le lavement baryté montre une sténose irrégulière siégeant au niveau de la moitié du transverse, environ sur son 1/3 moyen.

L'hospitalisation est immédiate, et la malade sera opérée le 6 avril 1966.

On découvre une volumineuse tumeur du transverse, mais malheureusement celle-ci adhère à la grande courbure de l'estomac dans sa partie horizontale, à une anse grêle en bas, et elle envoie une coulée vers la racine du mésentère. Cette dernière est inextirpable.

On décide tout de même une exérèse de cette tumeur, et l'on pratique :

- une hémicolectomie droite élargie vers le 1/3 gauche du transverse, avec anastomose immédiate iléo-transverse termino-terminale,
- une résection latérale de la grande courbure gastrique horizontale avec suture,
- une résection de l'anse grêle envahie, suivie d'anastomose termino-terminale du grêle.

L'examen anatomopathologique de la pièce confirme qu'il s'agit d'un adénocarcinome colique avec métastases ganglionnaires.

Le transit reprend le 5^e jour, et tout irait bien sans une fièvre inexpliquée, aux environs de 38°, sans cause infectieuse ni veineuse, qui va durer 3 semaines puis disparaître soudain.

La malade sortira le 2 mai 1966, au 26^e jour après l'intervention.

Et on la voit revenir 4 mois plus tard, le 8 septembre 1966, pour une reprise de ses douleurs, sur un mode plus continu. L'état général s'aggrave.

L'examen trouve une grosse tumeur sus et sous ombilicale, très dure et fixée.

On tente tout de même une laparotomie exploratrice, le 19 septembre 1966, mais la tumeur est inextirpable; il s'agit bien d'une récidive ; la coulée mésentérique est énorme, l'anastomose est envahie.

La malade est passée dans le Service de Carcinologie de l'hôpital où elle va suivre un traitement polychimiothérapique, et ce sera le cycle irréversible des douleurs néoplasiques de moins en moins sensibles aux antalgiques. Le décès surviendra au bout de 2 mois, soit 7 mois après l'intervention.

Voilà un exemple de consultation trop tardive, à un stade trop évolué de la tumeur, avec 1 an de retard sur l'apparition du 1er signe.

Devant la subocclusion, il fallait faire un geste, devant l'envahissement de l'estomac et du grêle, on ne pouvait se contenter d'une dérivation interne du colon, il fallait élargir l'exérèse.

Puis, au stade de la récidive, on ne pouvait plus que tenter une chimiothérapie qui, aux dires de ceux qui la manient, ne prolonge pas la survie mais en améliore la qualité et le confort : c'est un point que nous avons souvent eu l'occasion de vérifier à Saint-Michel.

Voici maintenant un exemple de résection de "propreté".

- Madame DUM..... M..... âgée de 69 ans, est admise dans le Service le 7 décembre 1964 pour des troubles digestifs dans lesquels domine une constipation récente. Elle s'accompagne d'un amaigrissement très net.

L'examen ne découvre qu'une hépatomégalie régulière et globale.

Le lavement baryté montre une sténose du sigmoïde, irrégulière.

L'intervention a lieu le 14 décembre 1964, découvrant :

d'abord une métastase hépatique qui interdit tout espoir de survie appréciable,

et une tumeur du sommet du sigmoïde, bien mobile et limitée, de la taille d'une mandarine.

C'est l'indication-type d'une résection de propreté avec anastomose colo-rectale.

L'histologie confirme le caractère malin, adénocarcinome végétant. Il n'y a pas de métastase ganglionnaire.

Les suites sont très simples, le transit reprend le 4^o jour, elle sort le 17^o jour en bon état général.

La malade est revue à titre systématique le 3 mai 1965 ; elle va bien, a repris 6 kg. Puis le 23 septembre 1965 elle se sent bien mais son foie a augmenté de volume, sa vitesse de sédimentation est accrue.

Le 25 novembre 1965, elle est hospitalisée pour ictère, amaigrissement et anorexie. Son taux de prothrombine est à 8% ! Elle a une hyper-alpha-2-globulinémie importante. 2 jours après, elle est prise de vomissements, d'une dyspnée sine materia et elle meurt le soir même, après une survie, tout de même de presque 1 an.

Voici enfin 2 exemples des excellents résultats que l'on peut obtenir si le traitement a été assez précoce et efficace. Monsieur PUE.....A..... âgé de 34 ans.

Il s'agit du plus jeune malade de cette étude.

Il consulte le 2 novembre 1961 pour des rectorragies de sang rouge, durant depuis plusieurs années (!), enrobant les selles, et pour des douleurs de type colitique, de la fosse iliaque gauche.

Il n'y a ni constipation, ni diarrhée, ni altération de l'état général, et ce malade vient à l'hôpital à cause de la recrudescence de ses rectorragies depuis une huitaine de jours.

L'examen clinique est négatif. Au toucher rectal, le doigtier revient souillé de sang.

La recto-sigmoïdoscopie va objectiver un polype du sigmoïde, à base large, ce que confirme le lavement baryté.

La malade est hospitalisé.

Il sera opéré le 25 novembre 1961. L'intervention découvre en fait 2 polypes : celui qui était vu en endoscopie, volumineux, et un plus petit, un peu plus haut situé, pédiculé. Ces 2 polypes sont sur le sigmoïde.

On décide une résection segmentaire assez large, avec anastomose colo-rectale immédiate.

Les suites sont d'enblée très simples (gaz le 3^o jour).

Et c'est l'examen histologique qui va révéler la dégénérescence du plus gros des 2 polypes.

Ce malade est sorti le 17^e jour en parfait état général.

Il a été revu tous les 3 mois, puis tous les 6 mois, puis tous les ans, et nous pouvons le considérer comme guéri après 9 ans.

C'était en somme un cancer "au stade 0", dont la cure chirurgicale est toujours, ou presque, efficace.

- Monsieur DEL..... M..... âgé de 68 ans.

Il consulte pour une diarrhée récente,
et des rectorragies de sang rouge,
inopinées, distillantes et récentes.

L'examen clinique est négatif.

L'état général est excellent.

Le lavement baryté montre une tumeur du sigmoïde.

Le malade est hospitalisé et opéré le 14 mars 1962.

On découvre une tumeur du volume d'un poing, sigmoïdienne, et quelques ganglions paracoliques. Mais le foie est normal.

On fait une colectomie segmentaire avec une large résection du mésosigmoïde, suivie d'une anastomose colorectale termino-terminale en 1 plan.

La pièce est bien un adénocarcinome.

Les suites sont très simples, le transit reprend le 4^e jour, sans difficulté. La cicatrice est parfaite, et ce malade va sortir au 17^e jour, en parfait état.

Il est revu tous les ans et semble guéri, après 8 ans de survie.

Quelles conclusions pourrait-on tirer de ces résultats ?

A première vue, une impression se dégage de l'étude des dossiers du Service : lorsque, après une résection, segmentaire ou large, en 1 ou 2 temps les suites immédiates sont d'une extrême simplicité sur le plan digestif, on pourrait espérer une survie appréciable. Mais ceci n'est qu'une impression : nous n'avons pas le droit de décréter qu'un malade est guéri parce que ses suites immédiates n'étaient pas houleuses. La coïncidence est cependant apparue dans d'assez nombreux dossiers.

Les résultats d'ensemble, tels qu'ils apparaissent après avoir consulté le nombre de survies et de récidives sont les suivants :

Nous avons 24%, soit un quart de survies après 5 ans.

Oserons-nous y ajouter 19%, presque un cinquième des cas, de malades qui n'ont pas encore 5 ans de survie, mais pour lesquels nous avons de fortes raisons d'espérer un très bon résultat ?

Cela nous donnerait 43% d'espérances fondées. Nous pourrions même y ajouter les 2% de décès pour une autre cause : nous aurions alors 45% de résultats satisfaisants.

De l'autre coté, nous devons constater 35% de décès par extension du processus néoplasique, 2% de mortalité opératoire et 19% de récidives,

soit une mortalité en 5 ans de 56%.

Et si nous considérons les techniques employées, nous trouvons, nous l'avons vu, 57% d'interventions en 1 temps, que nous avons appelées "colectomies idéales", en comptant les 10% de colectomies élargies en 1 temps puisque nous nous battons avec le même espoir de succès que lors d'une résection limitée

57% de colectomies idéales,

45% de succès d'ensemble (en n'oubliant pas qu'il y a 24% de vraies survies à 5 ans) :

à 12% près, ces chiffres peuvent être comparés et l'on pourrait dire que du point de vue technique les colectomies en 1 temps ont 88% (soit 90%) d'efficacité,

mais à 2 conditions :

- qu'une congruence parfaite des lignes de suture soit obtenue, au besoin par un artifice technique,
- que l'état du colon soit le plus proche possible de la classique triade : plat, propre, aseptique, grâce à une préparation efficace.

CONCLUSION

Nous avons pu tirer 3 enseignements de cette étude :

- 1) La pathologie néoplasique du colon intéresse le sexe féminin beaucoup plus souvent qu'il n'est classique de le dire.
- 2) Dans les cas dits "opérables", il faut s'acharner à intervenir en un temps.
- 3) Si les cancers sont pris suffisamment tôt, avant un envahissement ou une extension locale trop importante de la tumeur, une résection segmentaire en un temps nous paraît donner des résultats au moins aussi bons que les hémicolectomies de principe.

Cette remarque est valable surtout pour le sigmoïde qui, s'il est la zone de prédilection des cancers coliques, en est également la localisation la plus propice à une résection segmentaire idéale.

BIBLIOGRAPHIE

- PETKOVA, STOYANOV : Travaux Scientifiques Issul (Bulgarie)
1969, 16, n°1.
- ROUX M. et CARCASSONE F. : Les cancers du colon (Masson) 1955.
- PINGREE, REEMTSMA et LEWIS : Cancers multiples du colon,
Arch. Surg. déc. 1967, 95 n°6.
- COPELAND, JONES, MILLER : Néoplasmes multiples du colon,
Arch. Surg. févr. 1969, 98 n°2.
- KEDDIE et HARGREAVES : Les symptômes du cancer du colon et du
rectum, Lancet oct. 1968, 2.
- KOTTAKIS : L'occlusion intestinale en tant que 1er symptôme de
cancer du gros intestin, Proc. Roy. Soc. Med. mars 1969,
62, n°3.
- MARINOV, DEREDJIAN : Traitement chirurgical du cancer du colon,
Travaux Scientifiques Issul (Bulgarie) 1969, 16 n°1.
- EDELMAN, GERMAIN, BOUTELIER, GONTIER : Les récidives sur la ligne
de suture après résection des cancers coliques,
Mem. Acad. Chir. 1964.
- ROUX M. : Principes généraux de la thérapeutique chirurgicale
des cancers du gros intestin, Limousin méd. déc. 1958.
- HALLENBECK : Les interventions pour cancer du colon,
Proc. Staff Meet. Mayo Clinic 13 sept. 1961, 36 n°19.
- LOYGUE J. : Le traitement des cancers du colon, Presse Médicale
19 sept. 1964, 72 n°38.
- THOMERET G., DUBOST CL., VAILLANT J. : La colectomie idéale
dans les cancers compliqués du colon, Mém. Acad. Chir.
nov. 61, 87 n° 28 et 29.
-

Vu,

Le Président :

Professeur F. POILLEUX

Vu,

Le Doyen :

Professeur P. MILLIEZ

Vu et Permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de PARIS :

R. MALLET

